Avertissement: notes prises au vol… erreurs possibles… prudence!

HUG: Hôpital cantonal de Genève mardi 3 Juin 2025

Etat Confusionnel Aigu: enjeux cliniques et nouvelles approches

Dre Aline Mendes, Gériatrie et Réadaptation

L'état confusionnel aigu (ECA) est un syndrome neurocomportemental fréquent chez les patients âgés: troubles de l'attention, cognitifs, moteurs ou comportementaux, avec une vigilance fluctuante et souvent plusieurs facteurs précipitants.
C'est un signal d'alarme indiquant une pathologie sous-jacente. Son identification rapide est essentielle pour une prise en charge optimale.

L'ECA est fréquent dans tous les domaines, des urgences aux soins palliatifs. Pourtant, il reste sous-diagnostiqué, surtout dans ses formes hypoactives, souvent confondues avec de la fatigue ou une démence.

Un audit interne aux 3C a révélé que seuls 22 % des cas étaient documentés en gériatrie, alors que la prévalence estimée est de 30 à 40 %.

Dépistage
L'outil CAM (Confusion Assessment Method), censé servir de dépistage, n'est que peu utilisé (2 % des hospitalisations) et fait trop de faux négatifs... De plus, il y a un biais de surconfiance dans les équipes...CAM étant dépendant de l'expérience et d'une évaluation clinique, il a été supplanté par une stratégie fréquente, en deux étapes:

- Dépistage rapide réalisé par l'infirmière en moins de 2 minutes, via l'outil 4AT ;
- Évaluation médicale confirmatoire intégrée à l'examen clinique. Avec ouverture d'une brique dans le DPI " Etat Confusionnel Aigu".

Le 4AT a été choisi pour sa simplicité, sa rapidité et sa validation dans divers contextes. Il évalue l'état de conscience, l'orientation (age, ddn, date...), l'attention (réciter les mois à l'envers...), et la fluctuation récente des symptômes. Un score ≥ 4 suggère un ECA probable. Ce test peut être réalisé sans recours à l'hétéro-anamnèse, avec une excellente sensibilité.

Le dépistage est structuré selon des fenêtres temporelles adaptées au contexte :
- Aux urgences : au tri puis après 6 heures d'attente
- À l'admission : dans les 6 heures ;
- En suivi : quotidien si test positif, arrêté à 72 heures si négatif, mais repris en cas de suspicion ultérieure. jusqu'à 3x/24h. Flexible pour ne pas trop peser sur les équipes.

50% des cas ne sont pas détectés aux urgences... Ce qui est associé à une mortalité accrue dans la semaine et à des renvois inappropriés à domicile (⅓ des cas en RAD).

Une étude en unité aiguë sur 8000 patients a montré que 40 % des ECA hospitalisés étaient triés en priorité faible (degré 3 ou 4), témoignant d'une mauvaise reconnaissance initiale qui impacte la trajectoire du patient. Si le degré de tri corrèle en général à la survie, c'est moins le cas lors d'ECA, prouvant que le tri doit être amélioré.

Perspectives: Plusieurs pistes émergent pour affiner la prise en charge :

- Modèles prédictifs automatisés: permettant d'anticiper en temps réel le risque d'ECA
- Biomarqueurs biologiques: pour distinguer les sous-types d'ECA et adapter les traitements.

Prise en charge : priorité aux interventions non pharmacologiques

Le traitement repose principalement sur l'identification et la correction des causes sous-jacentes. Les interventions non pharmacologiques doivent être systématiques et multimodales, associant notamment:

- Réorientation régulière, mobilité, hygiène du sommeil, stimulation sensorielle
- Implication active de la famille (psychoéducation, soutien, suivi).

Une méta-analyse récente confirme que ces mesures peuvent réduire l'incidence de l'ECA à l'hôpital jusqu'à 40 %, en plus de diminuer la durée, la sévérité et le risque de chutes.

L'implémentation de ces interventions est clé: sans visibilité ou notion claire de qui fait quoi, le projet tombe à l'eau. C'est pourquoi elles sont intégrées au parcours clinique.

Voici une des interventions mise en place: la **pharmacovigilance**.

- Implémentation d'une alerte automatisée quotidienne pour chaque patient avec ECA, qui sera analysée par le pharmacien, avec une consultation en pharmacologie si nécessaire. → notes de consultant.
- Prescriptions à risque ++: benzodiazépines, anticholinergiques →
- Des indicateurs sont utilisés pour évaluer les pratiques et orienter la formation.

Médicament trigger	n occurrences
MORPHINE	127
TEMGÉSIC	37
FENTANYL	34
LEXOTANIL	28
TRAMAL	21
LAMICTAL	19
ZOLPIDEM	19
HYDROMORPHONE	14
XANAX	10
LORAZEPAM	8
OXYCODONE	6
ERTAPENEM	6
RISPERIDON	6
BACTRIM FORTE	5
URISPAS	5
DORMICUM	4
RIVOTRIL	4
TAVANIC	4
ROTIGOTINE	3
VESICARE	2
AMITRIPTYLINE	2
IMIPENEM-CILASTATIN	2
HALDOL	2
ATARAX	2
Total	370

Cas particuliers : patients avec démence

Ces patients, souvent exclus des études, sont néanmoins très exposés à l'ECA car plus à risque d'effets indésirable, entre autres.
Une unité spécialisée aux 3C mène une étude d'interventions: Formation spécifique du personnel, Thérapies sensorielles, Accompagnement des proches (dépistage de l'épuisement), Mobilisation adaptée (essentiel!).

Une consultation de gériatrie cognitivo-comportementale mobile, menée par une infirmière en première ligne, facilite le diagnostic et la prise en charge nonpharmacologique dans d'autres unités.

Traitement pharmacologique : usage limité et encadré

Le traitement médicamenteux est réservé aux formes hyperactives sévères, visant la sécurité ou la poursuite des soins. Il reste symptomatique et ne permet pas de modifier la trajectoire des soins.
L'algorithme intégrant l'échelle de Pittsburgh (score 0–16) permet d'évaluer l'agitation et le risque de violence, qui sont fortement associées à l'ECA.
Si sevrage → benzodiazépine. Si parkinsonisme → quétiapine ou benzodiazépines.
Hors sevrage/parkinsonisme → antipsychotique de 1ère ligne.

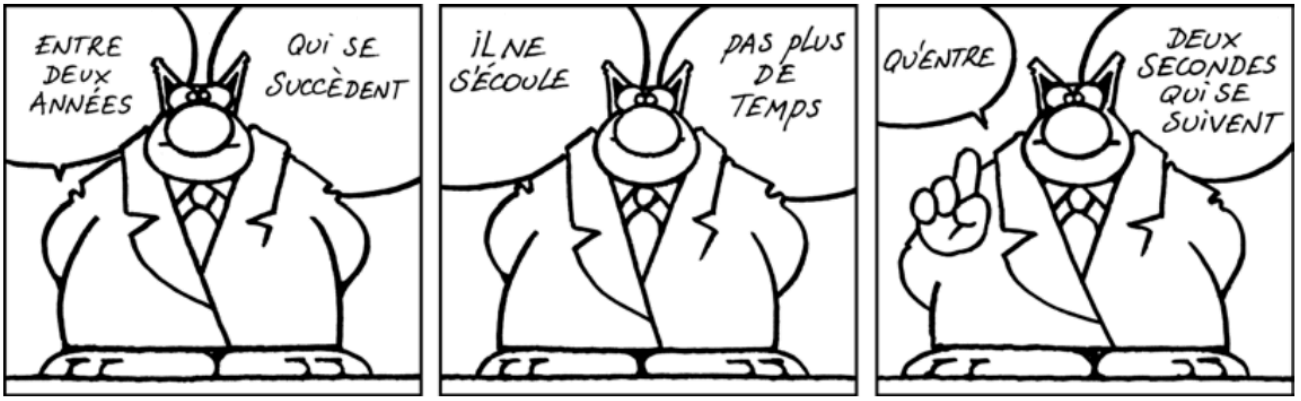
Dans la vie réelle, ce sont 50% des ECA qui reçoivent des antipsychotiques, et 30 % d'entre eux sortent encore avec un psychotrope sans indication ni stratégie de déprescription documentée.

C'est pourquoi les prescriptions doivent suivre des doses gériatriques strictes, avec une indication claire, une durée limitée et plan d'arrêt.

Implémentation actuelle et perspectives futures
Le dépistage systématique a été initié dans les unités de soins aigus. Les prochaines étapes visent à étendre la détection à :

- **L'amont**: soins à domicile et partenaires communautaires
- **L'aval**: par une consultation de gériatrie cognitive post-hospitalisation, permettant de réévaluer les patients et d'adapter le suivi à domicile. (phase pilote)

Le tableau de sevrage antipsychotique hors indication psychiatrique: bientôt disponible pour toustes sur le site dédié à l'état confusionnel aigu (déjà dispo intra-HUG).



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch